



Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

Diário da Teoria e Prática na Enfermagem 6

Atena
Editora
Ano 2020



Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra
(Organizadora)

Diário da
Teoria e Prática na
Enfermagem 6

Atena
Editora
Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo

Edição de Arte: Luiza Batista

Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Luis Ricardo Fernando da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador

Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto

Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Dr^a Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof^a Dr^a Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^a Dr^a Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof^a Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof^a Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof^a Dr^a Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof^a Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Prof^a Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof^a Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Prof^a Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof^a Ma. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco

Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
 Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
 Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
 Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
 Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
 Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
 Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
 Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
 Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
D539	<p>Diário da teoria e prática na enfermagem 6 [recurso eletrônico] / Organizadora Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia. ISBN 978-65-5706-151-0 DOI 10.22533/at.ed.510203006</p> <p>1. Enfermagem – Pesquisa – Brasil. 2. Enfermagem – Prática. I.Sombra, Isabelle Cordeiro de Nojosa.</p> <p style="text-align: right;">CDD 610.73</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
 Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

As obras “*Diário da Teoria e Prática de Enfermagem 5 e 6*” abordam uma série de estudos realizados na área da Enfermagem, sendo suas publicações realizadas pela Atena Editora. Em sua totalidade está composta por 2 volumes, sendo eles classificados de acordo com a área de abrangência e temáticas de estudo. Em seus 18 capítulos, o volume II aborda diferentes aspectos relacionados à atuação da enfermagem e os múltiplos saberes em saúde.

Os estudos realizados contribuem para seu entendimento quando trabalham as mais diversas temáticas, dentre elas a atuação da enfermagem no cuidado ao paciente hospitalizado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), na urgência e emergência e classificação de risco, transplante renal, auditoria, Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), tecnologias no cuidado de enfermagem, segurança no cuidado ao paciente hospitalizado, dentre outros.

Portanto, este volume VI é dedicado aos profissionais de saúde, com extrema relevância para enfermeiros e demais profissionais atuantes na assistência, trazendo artigos que abordam informações atuais sobre as práticas de saúde. Ademais, esperamos que este livro possa fortalecer e estimular as práticas educativas pelos profissionais da saúde, disseminando práticas promotoras da saúde, e fortalecendo a prática clínica de enfermagem e das demais profissões que cuidam da saúde.

Isabelle Cordeiro de Nojosa Sombra

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ACUPUNTURA COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA PARA CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA	
Ivia Fabrine Farias Araújo Anne Carolinne Marie dos Santos Gomes Suellen Duarte de Oliveira Matos Neirilanny da Silva Pereira Adriana Lira Rufino de Lucena	
DOI 10.22533/at.ed.5102030061	
CAPÍTULO 2	12
A IMPORTÂNCIA DAS INTERNAÇÕES POR CAUSAS SENSÍVEIS COMO UM INDICADOR DE QUALIDADE DA APS NO ESTADO DE PERNAMBUCO	
Maria Thereza Vieira Barboza Luanne Gomes Araújo Amanda de Moura Borba Malom Bhenson Tavares Barbosa	
DOI 10.22533/at.ed.5102030062	
CAPÍTULO 3	24
A PERCEPÇÃO DO PORTADOR DE ESTOMIA INTESTINAL ACERCA DA SEXUALIDADE	
Amanda Cibele Gaspar dos Santos Carla Geiza Santos dos Reis Claudenice Ferreira dos Santos Ediane Conceição Magalhães Silva Josely Bruce dos Santos Milena de Carvalho Bastos Thais Moreira Lima	
DOI 10.22533/at.ed.5102030063	
CAPÍTULO 4	33
ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM SEPSE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA	
Shirley Sayonara Bezerra de Melo Torres Angélica de Godoy Torres Lima Jaciele Cristina da Silva Belone Marilene Cordeiro do Nascimento Eliane Braz da Silva Arruda Thamyris Vieira de Barros	
DOI 10.22533/at.ed.5102030064	
CAPÍTULO 5	44
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO INTERNADO EM UTI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Aron Souza Setúbal Lucas dos Santos Conceição Gabriel dos Anjos Valuar Pedro Igor de Oliveira Silva Danilo de Jesus Costa Glória Amorim de Araújo Jhonatan Andrade Rocha Kecya Pollyana de Oliveira Silva	

Luanna Saory Kamada Miranda
Lucas Macieira Sousa da Silva
Mauro Francisco Brito Filho
Wanderson Lucas Castro de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.5102030065

CAPÍTULO 6 52

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO, EM UMA UNIDADE CENTRAL DE SAÚDE, CACOAL-RO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cassia Lopes de Sousa
Sara Dantas
Amanda da Silva Guimarães
Claudio Henrique Marques Pereira
Daniele Roecker Chagas
Jaine Varela da Silva
Jonatas Tiago Lima da Silva
Karen Santos de Oliveira
Laricy Pereira Lima Donato
Pâmela Mendes dos Santos
Taiza Félix dos Anjos
Thyanne Pastro Loth

DOI 10.22533/at.ed.5102030066

CAPÍTULO 7 58

ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO FRENTE AO PACIENTE COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Solange Maria da Silva

DOI 10.22533/at.ed.5102030067

CAPÍTULO 8 65

EFICÁCIA DOS PROTOCOLOS DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR PELA EQUIPE DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA A CLIENTES POLITRAUMATIZADOS

José Ribeiro dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.5102030068

CAPÍTULO 9 79

FASCIÍTE NECROSANTE: UMA ASSISTÊNCIA INTERDISCIPLINAR

Alessandra Nascimento Pontes
Beatriz Santana de Souza Lima
Eivaldo dos Santos Silva
Jair Kleyson de Sousa Leite
Jandson de Oliveira Soares
Juliana Barbosa Nunes Cavalcante
Noemi Mello Loureiro Lima

DOI 10.22533/at.ed.5102030069

CAPÍTULO 10 81

FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE LESÃO POR PRESSÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Nathália Santana Simão
Paula Cristina Nogueira
Paulo Carlos Garcia

DOI 10.22533/at.ed.51020300610

CAPÍTULO 11 94

MODELO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Maria Aline Moreira Ximenes
Maria Girlane Sousa Albuquerque Brandão
Josiane da Silva Gomes
Odézio Damasceno Brito
Nelson Miguel Galindo Neto
Lívia Moreira Barros
Joselany Áfio Caetano

DOI 10.22533/at.ed.51020300611

CAPÍTULO 12 108

O PAPEL DO ENFERMEIRO AUDITOR NO PROCESSO DE AUDITORIA EM ENFERMAGEM: ENFOQUE REVISIONAL

Luiz Eduardo Rodrigues
Mayco Vallim de Paiva Silva

DOI 10.22533/at.ed.51020300612

CAPÍTULO 13 120

O TRANSPLANTE RENAL COMO POSSIBILIDADE DE MUDANÇA DE VIDA

Anna Maria de Oliveira Salimena
Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva
Thais Vasconcelos Amorim
Micheli Rezende Ferreira Cruz
Amanda Tamires Drumond Vilas Boas Tavares
Layla Guimarães Paixão Oliveira
Suellen Fernanda de Souza Viana
Anna Flávia Silva do Nascimento

DOI 10.22533/at.ed.51020300613

CAPÍTULO 14 131

PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Amarildo de Souza Cunha
Lázaro Clarindo Celestino
Fabiane Souza Silva
Regiane Ribeiro Dutra

DOI 10.22533/at.ed.51020300614

CAPÍTULO 15 146

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR ASSISTIDO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Árgila Gonçalves de Carvalho Santana
Stephanie Bonfim Fonseca
Camila de Oliveira Passos Rodrigues Dayube
Fabiane Pereira Cerqueira
Tássia Palmeira Coelho
Lizziane Gois Arcanjo
Irlane Cristina Almeida dos Santos
Wadson Andrey Batista Macêdo
Magda Oliveira da Silva
Raabe Moraes Pereira

DOI 10.22533/at.ed.51020300615

CAPÍTULO 16	156
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTES INTERNADOS NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA E ENFERMARIA NEUROLÓGICA EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO	
Paola Correa	
Daiane Cristina de Mello Silva	
Rafaella Aparecida Leite	
Viviane Ferreira	
DOI 10.22533/at.ed.51020300616	
CAPÍTULO 17	172
USO DE TECNOLOGIAS NO CUIDADO EM ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	
Aron Souza Setúbal	
Lucas dos Santos Conceição	
Pedro Igor de Oliveira Silva	
Gabriel dos Anjos Valuar	
Danilo de Jesus Costa	
Glória Amorim de Araújo	
Jhonatan Andrade Rocha	
Kecya Pollyana de Oliveira Silva	
Luanna Saory Kamada Miranda	
Lucas Macieira Sousa da Silva	
Mauro Francisco Brito Filho	
Wanderson Lucas Castro de Sousa	
DOI 10.22533/at.ed.51020300617	
CAPÍTULO 18	184
PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA SEGURANÇA DE PACIENTES EM EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	
Luzia Beatriz Rodrigues Bastos	
Aline Rafaella Cruz de Abreu	
Antônio Sérgio dos Reis Vaz Junior	
Natália Cristina Nascimento Rodrigues Tavares	
Diniz Antonio de Sena Bastos	
Karina Morais Wanzeler	
DOI 10.22533/at.ed.51020300618	
SOBRE A ORGANIZADORA.....	195
ÍNDICE REMISSIVO	196

PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Data de aceite: 05/06/2020

Data de submissão: 14/05/2020

Amarildo de Souza Cunha

Faculdade Pitágoras de Ipatinga

Ipatinga – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/0470086303691188>

Lázaro Clarindo Celestino

Faculdade Pitágoras de Ipatinga

Ipatinga – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/2745035204883685>

Fabiane Souza Silva

Faculdade Pitágoras de Ipatinga

Ipatinga – Minas Gerais

Regiane Ribeiro Dutra

Faculdade Pitágoras de Ipatinga

Ipatinga – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/9177474570305058>

RESUMO: A infecção hospitalar (IH) é definida como aquela que é adquirida após a admissão do paciente na unidade hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta. A Unidade de terapia Intensiva (UTI) é considerada um setor crítico, nela se concentra pacientes instáveis para tratamento clínico e/ou cirúrgico, em estado grave ou de observação, que requerem assistência médica e de enfermagem

especializada. Nela os pacientes estão mais expostos ao risco de adquirir uma infecção, devido à realização de variados procedimentos invasivos. O estudo tem como objetivo levantar o conhecimento da equipe de enfermagem na prevenção e controle da IH em UTI. Trata-se de um estudo descritivo transversal com abordagem quanti-qualitativa, realizado na UTI adulta de um hospital na região do Vale do Aço – MG, com 17 profissionais de enfermagem. Embora a assistência de enfermagem seja bem estruturada e organizada com rotinas definidas, os profissionais de enfermagem não apresentaram no questionário um conceito definido sobre IH, mas demonstraram conhecimento sobre os fatores de risco e as práticas utilizadas que podem desencadear IH na UTI e identificaram a importância da prevenção e controle da mesma. Percebe a necessidade de aprimoramento de assuntos atualizados no que diz respeito a IH, por meio de educação continuada preventivista. Uma vez que haja comprometimento da equipe de enfermagem e estes aderirem à prática de participação ativa dos treinamentos realizados pela equipe de educação continuada haverá um melhor controle de IH nesta UTI.

PALAVRAS - CHAVE: Unidade de Terapia Intensiva, Infecção Hospitalar, Assistência de

PREVENTION AND CONTROL OF HOSPITAL INFECTION IN AN INTENSIVE CARE UNIT: PERCEPTION OF THE NURSING TEAM

ABSTRACT: The nosocomial infection (NI) is defined like the one that was acquired after the patient's admission in the nosocomial unity and was shown during the admission or after the rise. The Intensive Care Unit (ICU) is considered a critical sector, because the unstable patients for clinical and / or surgical treatment are there, in serious state or in observation, they need doctor cares and specialized nursing. There, the patients are more exposed to the risk of acquiring an infection, because of a varied of invasive proceedings that are carried out there. The study aims to raise the practices of nursing team in the prevention and control of NI in ICU. This is a descriptive study with quantitative and qualitative approach, carried out in an adult ICU of a hospital in the region of Vale do Aço – MG, with 17 nursing professionals. Although nursing care is well structured and organized with defined routines, the nurses do not have a defined concept about HI, but they demonstrate knowledge of risk factors and practices that can trigger IH used in the ICU and identify the importance of prevention and control it. Realizes the need for improvement of subjects maintained in respect of IH through continuing education preventionist. Once there is commitment of the nursing staff and they adhere to the practice of active participation of the trainings conducted by the team of continuing education will have a better control of hospital infection on ICU.

KEYWORDS: Nosocomial infection, intensive care unit, practices of nursing, prevention and control.

1 | INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor que abriga pacientes críticos com diferentes demandas de cuidados em relação às outras unidades de internação hospitalar, que requeiram assistência médica e de enfermagem especializados e de recursos materiais de alta tecnologia para o adequado tratamento e cuidado (DUCCI *et al.*, 2004). A UTI surgiu a partir da necessidade de alocar os pacientes em estados críticos de saúde e com patologias que corriam o risco eminente de óbito, mas que eram passíveis de recuperação. A primeira UTI foi fundada na década de 20 no Hospital Johns Hopkins (EUA) quando foram criadas as salas de recuperação para assistência aos pacientes de neurocirurgia (TRANQUITELLI, 2007).

A Infecção Hospitalar (IH) consiste em danos decorrentes por invasão, multiplicação e ação de microrganismos patogênicos no hospedeiro, acarretando a este alterações imunológicas, provocando um ciclo infeccioso. De acordo com a Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998 do Ministério da Saúde: infecção hospitalar é toda infecção que se adquire após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação, ou após

a alta quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares (BRASIL, 1998).

As instituições de saúde estão expostas a uma ampla variedade de microrganismos patogênicos, por isso os pacientes internados estão susceptíveis a adquirir uma IH, principalmente em UTIs onde o uso de antimicrobianos potentes e de largo espectro são amplamente utilizados e os procedimentos invasivos são rotina (MOURA *et al.*, 2007).

Em relação à prevalência, estima-se que a incidência de IH na UTI varie de 5% a 10%, levando ao óbito um em cada 5.000 pacientes internados. Embora o número de leitos em UTI no Brasil seja pequeno nos hospitais, o número de IH chega a ser 5 a 10 vezes maior em pacientes sobre os cuidados em uma UTI do que em outros setores (MARTINS, 2001).

Com relação à IH, principalmente no âmbito da UTI, há um problema em nível mundial, o aumento da resistência bacteriana, caracterizada pela diminuição da eficácia dos antibióticos, levando o ambiente hospitalar a uma alta incidência de bactéria multirresistentes (BMR). Essa resistência aos antibióticos correlacionada as BMRs, levam ao aumento significativo de morbidade e mortalidade, no tempo de internação, uso de antibióticos de amplo espectro tendo como consequência um gasto exaustivo de recursos financeiros (OLIVEIRA; CARDOSO; MASCARENHAS, 2010).

Os principais fatores de risco que contribuem para a IH na UTI são: permanência de internação maior que 48 horas, uso de ventilação mecânica (VM), acesso venoso central (AVC), uso inadequado de agentes antimicrobianos, uso de sonda vesical de demora (SVD). Além destes fatores existem os fatores intrínsecos, e os extrínsecos (MARTINS, 2001). Os fatores intrínsecos são do próprio paciente, como imunossupressão e comprometimento dos mecanismos de defesa do organismo: pele que atua como uma barreira mecânica, e quando esta é interrompida pela presença de cateteres proporciona meios para entrada de microrganismos no organismo do indivíduo.

Em relação à prática da prevenção e controle da infecção hospitalar por parte da equipe de enfermagem, esta acontece de várias maneiras. Segundo Lopes e La Cruz (2002) a higienização das mãos, uma boa assepsia, a utilização de antissépticos, o bom manuseio do material esterilizado são maneiras de se evitar uma possível infecção hospitalar.

Pesquisadores têm destacado que a lavagem inadequada das mãos não decorre por falta de motivação e conhecimento, mas também por alguns obstáculos como falta de profissionais, pias em locais inadequados, falta de papel toalha e produtos que conferem resistência aos usuários (GARNER; FAVERO, 1985; TURRINI, 2000). Cita-se ainda, que uma proporção inadequada de profissionais de enfermagem em relação ao número de pacientes internados encorajaria o profissional a cometer infrações na lavagem de mãos e nas técnicas de isolamento, principalmente em áreas de cuidados críticos.

A enfermagem realiza um trabalho de forma sequencial, objetivando uma meta

que é o cuidado, mas determinados fatores influenciam negativamente o alcance desse objetivo. É importante lembrar que a enfermagem é composta por indivíduos diferentes, tanto técnicos, social e psicológico. Por isso o espírito de equipe e união deve permanecer entre os seus membros mantendo assim a qualidade da assistência prestada ao cliente (ALVES; MELO, 2006). Destarte, o enfermeiro é o profissional mais capacitado e mais requisitado para atuar no controle da infecção hospitalar na UTI. Compete a ele a implantação de ações de biossegurança, através de adoção de normas e procedimentos seguros e adequados à manutenção da saúde dos pacientes, dos profissionais e dos visitantes (PIMENTEL, 2009).

Diante do exposto, e levando em consideração as altas taxas de prevalência de Infecção hospitalar no âmbito da Unidade de terapia intensiva, este estudo, objetivou identificar o conhecimento da equipe de enfermagem em relação à prevenção e controle da infecção hospitalar na UTI. Acredita-se, que estudo contribuirá sobremaneira, para sensibilizar a equipe de enfermagem quanto à prevenção e controle de IH, conduzindo conseqüentemente aos profissionais da enfermagem a prática de um cuidado seguro e de confiabilidade aos clientes.

2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva transversal, com abordagem quanti-qualitativa dos dados, sobre o conhecimento da equipe de enfermagem na prevenção e controle IH em UTI de um Hospital Privado da Região do Vale do Aço - MG. A coleta de dados foi realizada com a equipe de enfermagem atuante nesse setor no período de 24 a 31 de março de 2011.

Os profissionais foram orientados sobre os objetivos, procedimentos e os aspectos éticos da pesquisa seguindo as normas do CNS da Resolução 466/12. Assinando, assim, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo que uma via permaneceu com o profissional entrevistado e outra com o pesquisador responsável. Foram assegurados aos participantes a garantia de que sua identidade se mantivesse totalmente preservada, e a liberdade de interromperem a pesquisa no momento que achassem necessário ou assim o quisessem.

O cenário do estudo foi uma UTI, destinado à pacientes adultos, caracterizando uma unidade de médio porte, oferecendo assistência clínica, cirúrgica, laboratorial, exames de imagem e hemodiálise com equipe multiprofissional capacitada, com capacidade diária de 8 leitos. A realização da pesquisa foi autorizada no período diurno e noturno, onde a equipe de enfermagem realiza plantão fixo de 48/48 horas, essa é composta 22 funcionários, sendo 5 enfermeiros, (1 enfermeiro gerente, 4 enfermeiros assistenciais) e 17 técnicos de enfermagem. Apenas 5 técnicos de enfermagem recusaram-se a responder o questionário.

Foi aplicado um questionário semiestruturado contendo 13 questões, sendo 7 questões de múltipla escolha e 6 questões abertas, sobre o conhecimento da prevenção e o controle da IH na UTI, contendo as seguintes abordagens: conceito sobre IH; infecções mais frequentes e os fatores que levam ao seu desenvolvimento; atuação da CCIH; conhecimento sobre o biofilme; permanência dos cateteres; tempo de troca dos curativos e quem as realiza; e a frequência dos treinamentos na UTI.

Os dados obtidos foram tabulados após a sua interpretação e análise, com utilização de gráficos, tabelas e registro das informações coletadas, preservando a identidade dos sujeitos da pesquisa. Após a realização da pesquisa os questionários dos participantes foram identificados em letras “E”, identificados de “E₁” a “E₁₇”, para tratamento qualitativo dos dados.

Para análise e estatística descritiva dos dados, utilizou-se o programa da *Microsoft Excel®* e o *Statistics Package Science Social (SPSS®)*. Após a análise e tabulação dos dados foi apresentado à instituição um relatório com os resultados mais relevantes da pesquisa, para que esta venha intervir de forma a diminuir os índices de IH na UTI, prestando assim um serviço de qualidade ao paciente/cliente.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 17 profissionais, cujo tempo de permanência na instituição e o tempo de experiência na UTI foram idênticos, ou seja, de 82,35% (1 a 5 anos).



Gráfico 1: Período de trabalho e de experiência em UTI.

Em relação ao conceito de IH, 10 profissionais (58,8%) apontaram que a infecção é oriunda do ambiente hospitalar e 4 (23,5%) não responderam a questão. Somente 1 (5,9%) profissional respondeu de forma completa a questão. Outros resultados são vistos na Tabela 1.

Conceito de Infecção Hospitalar		
Conceitos	Profissional	Percentil
Adquirida no ambiente hospitalar	10	58,8%
Adquirida durante a internação ou após a alta	1	5,9%
Adquirida após a internação em determinado nosocômio	1	5,9%
Patologia grave que traz complicações para o paciente	1	5,9%
Não responderam a questão	4	23,5%
Total	17	100,0%

Tabela 1: Conceito de Infecção Hospitalar segundo profissionais.

Ao analisar as respostas dos participantes, percebe-se que houve divergências entre as respostas, apontando que a equipe de enfermagem teve dificuldades em definir IH e, não definindo na íntegra o conceito, não se pode afirmar que esses não saibam ou que estes não quiseram responder o conceito de forma completa. O único relato adequado sobre IH está a seguir:

E₁₇ relatou que IH é “qualquer infecção adquirida durante a internação, ou depois da alta”.

De acordo com a Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde, Infecção Hospitalar (IH) é adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após alta hospitalar, sendo relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares (BRASIL, 1998).

Entretanto, *Center for Diseases and Prevention Control* (2002) citado por Couto (2004) relata que Infecção Nosocomial é aquela que não está presente na admissão, e que não esteja em período de incubação. O diagnóstico de infecção e a localização são realizados por meio de dados clínicos e laboratoriais. Os critérios para definição da IH, segundo o tempo, é de até 48 horas após alta do UTI, 30 dias após procedimento cirúrgico sem a colocação de prótese e 1 ano após colocação de prótese.

Em relação às infecções de maior predominância na UTI pesquisada, 7 (41,2%) profissionais responderam infecção respiratória (Tabela 2).

IH de maior predominância na UTI em estudo		
Infecções Citadas	Profissional	Percentil
Infecção respiratória	7	41,1%
Infecção urinária e respiratória	6	35,3%
Infecção urinária, respiratória e do sítio cirúrgico	2	11,8%
Não responderam a questão	2	11,8%
Total	17	100,0%

Tabela 2: Representa as Ih de maior predominância na UTI em estudo, segundo os profissionais.

Através dos dados relatados, e com a prática profissional vivenciada na (UTI) em estudo, observa-se uma expressiva incidência de IH causada por infecções respiratórias.

As duas principais causas de infecção hospitalar em UTI são as infecções de corrente sanguínea relacionada a cateteres e as infecções urinárias relacionadas à sonda vesical de demora (SVD), utilizada por período indeterminado (KNOBEL, 2006).

Pesquisa evidenciou alta prevalência dos casos de infecção respiratória, especialmente na UTI geral, com (61,26%) dos casos, seguida da UTI do Serviço de Pronto Socorro, com 58,16 %, comprovando o resultado da nossa pesquisa, onde os voluntários relataram que na sua unidade de trabalho o maior índice de IH é a infecção respiratória (MOURA *et. al.*, 2007).

De acordo com as respostas dos profissionais, em relação aos fatores que levam os pacientes da UTI adquirir uma IH, 7 (41,2%) profissionais relataram que as técnicas não assépticas realizadas durante os procedimentos, como a carência da higiene correta das mãos, uso incorreto de equipamentos de proteção individual (EPI's), não uso de luvas, não assepsia das mãos entre um paciente e outro, falta de técnica correta para os procedimentos de aspiração endotraqueal e de passagem de sonda vesical de demora (SVD).

Fatores que levam o paciente da UTI a desenvolver IH		
Fatores de desenvolvimento de IH	Profissional	Percentil
Técnicas não assépticas	7	41,2
Longo tempo de permanência na UTI e uso de antibióticos	3	17,6
Idade, baixa imunidade, nutrição e complicações diabéticas	3	17,6
Uso de procedimentos invasivos	1	5,9
Não responderam a questão	3	17,6
Total	17	100,0

Tabela 3: Fatores que levam o paciente da UTI a desenvolver IH, segundo os profissionais.

Percebe-se que embora as respostas tenham sido diferenciadas, grande parte dos profissionais tem um real conhecimento dos fatores que podem desencadear a IH no paciente internado em uma UTI. Relato adequado está a seguir:

E5 relatou que os fatores que levam os pacientes a desenvolverem IH em UTI são “tempo de internação, técnicas realizadas de forma inadequada e gravidade do quadro clínico dos pacientes”.

E10 revelou “a baixa imunidade, a falta de práticas assépticas ao manusear pacientes e principalmente do meio interno com o meio externo – hospitalar”.

E16 relatou que os fatores são “não lavagem das mãos antes de realizar qualquer tipo de procedimento no paciente, forma de manusear os materiais a serem utilizados”.

Pereira *et al.* (2005) relata que a patologia de base promove a ocorrência de IH por

afetar os mecanismos de defesa anti-infecciosa e cita alguns fatores que indica maior risco para infecção ou colonização dos pacientes por bactérias multirresistente, como: grande queimado, desnutrição, deficiências imunológicas, extremos de idade, procedimentos invasivos terapêuticos e para diagnóstico como SVD, AVC, AVP, cateterismo cardíaco, endoscopia, longa permanência hospitalar e o uso prévio de antimicrobianos de amplo espectro.

Quanto à atuação da CCIH frente à IH na UTI, 14 (82,4%) profissionais relataram que o enfermeiro da CCIH fiscaliza, notifica e orienta a equipe de enfermagem e atua quanto à adequação de antimicrobianos adequados aos germes isolados, formas de isolamento e cuidados em relação à disseminação de germes multirresistentes.

Os dados revelaram que os funcionários da UTI em estudo têm um grande conhecimento e reconhece a atuação da CCIH em relação à prevenção e controle da IH na instituição, uma vez que todos os profissionais tiveram unanimidade nas respostas.

De acordo com a resolução RDC nº7, de 24 de fevereiro de 2010, a CCIH é responsável pelas ações de prevenção e controle das IRAS na UTI, juntamente com a equipe do setor realiza a investigação, na busca de microrganismos que podem levar a IH, identificando rapidamente o possível desenvolvimento de um surto. Além dessas ações as medidas de prevenção mais utilizadas são orientações em relação à higienização das mãos aos visitantes, à equipe de saúde, orientações quanto às medidas de precaução, de acordo com a norma padrão, e o uso indiscriminado de antimicrobianos, além de cobrar da instituição material adequado para a realização constante de prevenção da IH (BRASIL, 2010).

Outras ações que a CCIH desenvolve são: orientação e monitoramento quanto à área física da UTI, ao fluxo de pacientes, dos visitantes, à área limpa e ao expurgo, garantindo também segurança às unidades de isolamento (MARTINS, 2001).

Após análise dos setores a CCIH deve expor a situação encontrada e propor medidas a equipe multiprofissional e a administração, sendo que, a partir desse momento, metas serão traçadas para a prevenção e controle da IH.

Ao analisar as respostas obtidas pelos profissionais quanto a técnica de prevenção da IH durante a realização de diferentes procedimentos no mesmo paciente, 7 (41,2%) responderam que somente lavam as mãos e 10 (52,8%) responderam que lavam as mãos e, em seguida usam álcool em gel.

Portanto, a higienização das mãos é uma medida individual e tem o objetivo de retirar a sujidade, suor, pelos, células descamativas e da microbiota da pele, impedindo a transmissão de infecção pelo contato e também evita ou diminui as infecções causadas pela transmissão cruzada. A higienização com álcool em gel é realizada somente quando as mãos não estiverem visivelmente sujas, antes e após o contato com o paciente, antes de procedimentos, antes de calçar luvas e após risco de exposição a secreções corporais (ANVISA, 2007).

Segundo a resolução RDC nº42, de 25 de outubro de 2010, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica não é indicado quando as mãos tiverem sujidade visível. Nesse caso, é preciso fazer a higienização com água e sabonete antes de se utilizar o produto. A fricção das mãos com a solução alcoólica reduz a carga de microrganismos sem a necessidade de lavar e secar as mãos com papel toalha ou outros equipamentos.

Por outro lado, Santos (2002) relata que a higienização constante e o tipo de substância utilizada podem levar a danos na pele como ressecamento da pele, inflamação e escamação aumentando a liberação de microrganismos no ambiente. A utilização de novos produtos e a racionalização da lavagem das mãos pode contornar estes problemas e facilitar a adesão de profissionais a esta prática, com conseqüente redução das infecções.

Em relação ao tempo de permanência dos cateteres implantados na UTI em estudo, 14 (82,4%) profissionais relataram que somente os cateteres periféricos apresentam tempo pré-estabelecido de 72 horas para retirar o mesmo. Relato adequado está a seguir:

E1 sendo este um Enfermeiro relatou que “os cateteres centrais não possuem tempo pré-estabelecido, retira-se o mais precoce possível ou quando há presença de sinais flogísticos”.

De acordo com Oliveira (2005), a troca de cateter periférico recomendado em adultos é de 72 a 96 horas, com o propósito de evitar flebite, permanecer com o cateter por mais de 96 horas somente se o paciente apresentar problemas de acesso venoso, observando rigorosamente o local da inserção.

Knobel (2006) revela que existe dúvida em relação ao tempo da troca rotineira do cateter e a melhor via para inserção do mesmo, mas se estabelecido que o cateter venoso central só deva ser trocado se houver presença de sinais flogísticos e quadro séptico no local de inserção. Cita ainda que a via jugular esteja associada à maior taxa de infecção nos pacientes hospitalizados em UTI, quando comparada com a via subclávia. No entanto, a via femoral é a via onde se encontra a maior taxa de infecção associada ao uso do cateter central.

Menezes (1996) relata que para escolher o local para inserção do cateter deve-se levar em consideração uma série de fatores como: facilidade de inserção, razões da punção e menor risco para complicações, e cita a seguir a lista de acordo com a preferência: veia jugular interna, veia subclávia, veia femoral, veia jugular externa e veia antecubital.

Quanto ao tempo para realização da troca dos curativos dos cateteres, 13 (76,5%) profissionais relataram que o curativo realizado com gaze e esparadrapo são trocados a cada 24 horas, podendo este ser trocado imediatamente se apresentar umidade ou sujidade.

Para o curativo com filme transparente responderam que a troca é realizada no período de 3 a 7 dias, sendo que, se o cateter apresentar umidade, sujidade ou sinais flogísticos este é trocado imediatamente.

Mesmo com a opção de resposta sim ou não os entrevistados foram além em suas

respostas, informando de forma clara sobre os tipos de curativos existentes na UTI em estudo e o tempo de troca dos mesmos, observa-se que a equipe teve unanimidade em suas respostas, colaborando para o nível de informação e desenvolvimento da pesquisa, apontando também que a equipe da UTI realiza suas práticas de acordo com o protocolo preconizado pela instituição, conforme os relatos abaixo:

E12 relatou que as trocas dos curativos acontecem no seguinte tempo “Cateter periférico – 72 horas, cateter venoso central é trocado quando o mesmo apresenta sinais de infecção no sítio de inserção do cateter. Com gaze – 24 horas, Filme transparente – 7 dias e antes, quando apresenta sujidade”.

E15 relatou que a troca acontece no seguinte tempo “acesso periférico a cada 72 horas. Acesso venoso central sempre que houver presença de sinais flogísticos”.

Em relação aos responsáveis pela troca dos curativos dos cateteres 12 (70,6%) profissionais responderam que é o enfermeiro que realiza tal procedimento.

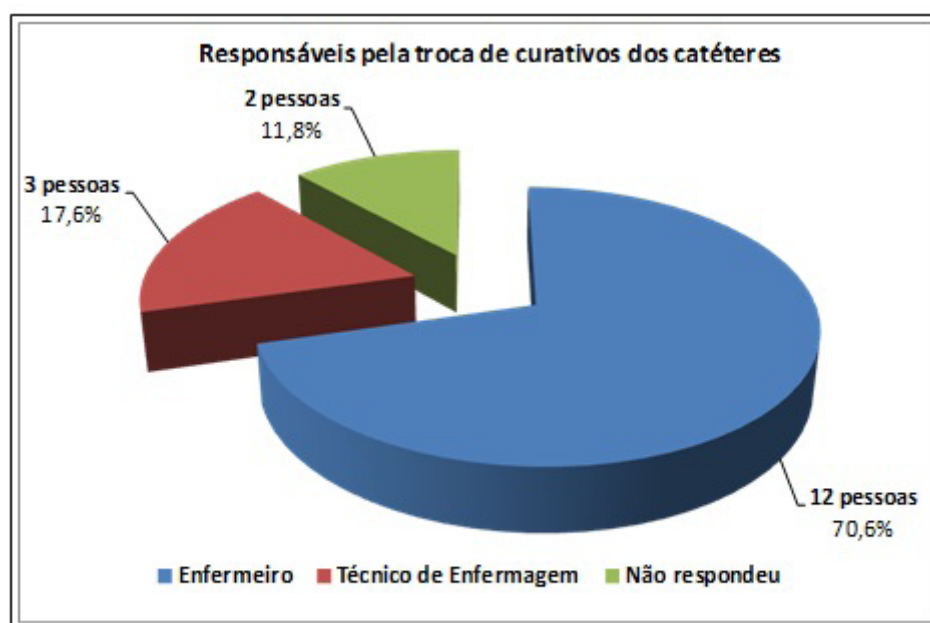


Gráfico 2: Responsáveis pela troca de curativos dos cateteres segundo os profissionais

Entende-se que os profissionais da UTI em estudo sabem e respeitam as diferentes funções de cada profissional da área de enfermagem.

O profissional enfermeiro poderá e deverá assumir total e plena responsabilidade pela execução de procedimentos de enfermagem de natureza complexa e de risco conforme determina o artigo 11, inciso I, alíneas “l” e “m”, da lei de nº. 7498/86, regulamentada pelo decreto 94.406/87, devendo haver compatibilidade quanto à competência, capacitação, destreza e habilidade do cuidado ou procedimento a ser executado e quem irá executá-lo.

Ainda descreve que as categorias que estão aptas a exercer a assistência de enfermagem são de acordo com a formação específica de cada uma delas, que são enfermeiro, técnico de enfermagem (COREN, 2005).

Ao analisar o conhecimento sobre o biofilme, 9 (52,9%) profissionais relataram que

não têm conhecimento sobre biofilme, 4 (23.5%) profissionais relataram que é um tipo de curativo para fixação de punção de acesso venoso central e periférico, uma vez que confere menos risco de infecção devido a pouca manipulação e maior visibilidade na inserção dos cateteres quanto aos sinais flogísticos e 4 (23,5%) dos profissionais relataram possuir conhecimento sobre biofilme sendo que as três primeiras foram respostas de Enfermeiros e a quarta resposta de um Técnico que está graduando em Enfermagem . Relato adequado está a seguir:

E₂ relatou que biofilme é “a associação de microrganismo e de seus produtos extracelulares, que se encontram aderidos à superfície sólida, em condições fisiológicas adequadas”.

E₄ relatou que “biofilme são agrupamentos de bactérias que formam comunidades e sobrevivem em superfície úmida ou não”.

E₅ relatou que “biofilme é uma camada de microrganismo que se forma em materiais cuja limpeza não está sendo eficiente”.

E₁₇ relatou que “biofilme é a flora de microrganismo de cada indivíduo que uma vez inserida em ambiente estéril pode causar infecção”.

Na realidade, a grande maioria dos profissionais do estudo confunde biofilme com o filme transparente, relatando que o biofilme é um tipo de curativo para fixação de punção de acesso venoso central e periférico, uma vez que confere menos risco de infecção devido à pouca manipulação e maior visibilidade na inserção dos cateteres quanto aos sinais flogísticos.

O filme transparente é uma cobertura estéril, hipoalergênico, constituído por uma película de poliuretano transparente, permeável ao oxigênio e vapor d'água, atuando como barreira contra líquidos e bactérias. Sendo este indicado para: fixação de cateteres, úlceras de pressão de estágios I e II pouco exsudativas; desbridamento autolítico; curativo secundário sobre gaze, alginato e hidrocolóide; feridas cirúrgicas fechadas e limpas.

Através dos dados obtidos percebemos que o próprio nome biofilme causa dúvidas para os profissionais de saúde. Segundo Pinheiro (2006), para se formar o biofilme, normalmente os microrganismos aderem a superfícies inertes e não inertes, envolvendo três etapas: fixação, adesão propriamente dita e agregação. A realização de procedimentos invasivos é um dos importantes desencadeadores do biofilme.

Ao analisarmos os cuidados que a equipe de enfermagem realiza para prevenir a IH causada pelo biofilme, 4 (23,53%) profissionais não responderam a questão, 9 (52,94%) profissionais não têm conhecimento sobre a forma de prevenção de IH por biofilme, 4 (23,53%) profissionais relataram que uma forma de evitar o biofilme é realizar curativos com técnicas assépticas, lavagem das mãos antes e após qualquer procedimento, fazer uso correto de EPIs em isolamentos e fora de isolamento, lavagem, desinfecção e esterilização correta de materiais estéreis para procedimentos invasivos.

Dessa forma percebe-se que poucos integrantes da equipe de enfermagem que trabalham na UTI em estudo têm conhecimento correto para prevenir a IH causada por biofilme. Pinheiro (2006) relata que os microrganismos responsáveis pela formação do biofilme são originados da pele do paciente, do profissional ou soluções contaminadas intravenosas. Elas invadem o cateter pela superfície externa ou através das conexões internas, por isso é de grande importância lavar as mãos e realizar procedimentos invasivos com técnicas assépticas.

Dentro das primeiras 24 horas após a inserção do cateter poderá ocorrer a colonização por microrganismo, e o tempo da cateterização é outro fator que poderá influenciar na proliferação do biofilme (PINHEIRO, 2006).

Os cateteres de curta duração, menores que 10 dias desenvolvem o biofilme na parte externa e os cateteres de longa permanência maiores que 30 dias desenvolvem com maior frequência na superfície interna. Outras estratégias para prevenir e controlar a formação do biofilme é retirar o cateter mais precocemente possível e realizar rigorosamente procedimentos com técnicas assépticas durante a inserção e manuseio do mesmo. Além disso, têm sido lançados cateteres impregnados com antibióticos, antissépticos ou heparina que serve como obstáculo para a entrada de microrganismos. Sugere-se a utilização destes cateteres a fim de observar a diminuição das IH causadas por biofilme.

Quanto à frequência em que acontecem os treinamentos na UTI em estudo, 8 (47,05%) profissionais responderam que os treinamentos acontecem todo mês, 3 (17,65%) responderam que os treinamentos acontecem de 2 em 2 meses e 2 (11,76%) profissionais relataram que a frequência e o tema dos treinamentos acontecem dependendo da necessidade ou quando solicitado.

Ao serem interrogados quais os temas mais abordados nos treinamentos na UTI em estudo, 5 (29,4%) dos profissionais responderam curativos em acesso venoso, 4 (23,5%) relataram lavagem das mãos, 3 (17,6%) relataram que os treinamentos acontecem de acordo com a necessidade do setor. Outros resultados são vistos na Tabela 4.

Treinamentos mais abordados na UTI		
Treinamentos	Profissionais	Percentual
Curativos em acesso venoso	5	29,4%
Lavagem das mãos	4	23,5%
De acordo com a necessidade	3	17,6%
Infecção Hospitalar	3	17,6%
Não responderam a questão	2	11,8%
Total	17	99,9%

Tabela 4: Treinamentos mais abordados na UTI em estudos segundo os profissionais.

Entende-se que os profissionais da UTI em estudo possuem treinamentos diariamente,

com temas variados ou de acordo com a necessidade do setor ou dificuldade observada pela coordenação de enfermagem através de educação continuada, que é umas das estratégias mais importantes para os profissionais manterem-se atualizados e adaptados a novas mudanças.

A educação continuada é o aperfeiçoamento contínuo do serviço, visando à qualificação dos recursos e a capacitação tanto no ponto de vista interpessoal quanto técnico, a fim de cumprir as normas, rotinas e objetivos da instituição. Neste propósito a educação continuada orienta, treina e acompanha, visando corrigir as dificuldades encontradas e sanar com as deficiências do empenho (ERDMANN, 2004).

Fica claro, que a equipe de enfermagem atuante em UTI deve atualizar-se continuamente sobre as novas técnicas e métodos de assistência na prevenção de IH, atuando como agentes informativos e facilitadores com a meta de prevenir e controlar as práticas preventivas, aprimorando e assistindo o paciente com qualidade.

4 | CONCLUSÃO

A IH é um grave problema de saúde, que afeta milhares de pessoas em todo o mundo, causando prejuízos para o paciente, para as instituições de saúde e a sociedade em geral.

Através deste estudo associado ao questionário aplicado e as referências bibliográficas percebe-se que a equipe de enfermagem é primordial na prevenção da IH, pois permanece maior tempo na assistência aos pacientes, quando comparada a outros profissionais da equipe multidisciplinar.

Evidenciou-se que a equipe de enfermagem teve dificuldades em definir IH, não descrevendo o real conceito definido. Outro problema evidenciado sobre a definição de biofilme, onde se constatou que grande parte dos profissionais não teve conhecimento sobre este e a forma de preveni-lo. Os profissionais que souberam definir corretamente o biofilme são enfermeiros e alguns técnicos de enfermagem.

Apesar das evidências de problemas, os profissionais de enfermagem na UTI atuam de maneira estruturada e organizada com rotinas definidas. Quando interrogados sobre as práticas que previnem IH em UTI, estes foram além em suas respostas informando de forma clara e objetiva as práticas do cotidiano que previnem a IH; principalmente em relação ao período de troca dos curativos dos cateteres, materiais utilizados na realização destes e os diferentes tipos de curativos dos cateteres.

Além dos treinamentos ofertados pela equipe de educação continuada nas UTI's é necessário que haja um maior investimento em pesquisas com relação à prevenção da IH, correlacionando com as atuais práticas da equipe de enfermagem, identificando possibilidades de reformulação dos protocolos utilizados, promovendo melhoria na qualidade da assistência prestada aos pacientes, focando o uso da incorporação da

evidência à prática clínica.

REFERÊNCIAS

- ALVES, M.; MELLO, R.A. Trabalho em equipe entre profissionais da enfermagem em um centro de terapia intensiva. *Ciência, Cuidado e Saúde*: vol 5, n. 3, set/dez 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2616 de 12 de Maio de 1998. Estabelecem diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.
- BRASIL, Resolução – RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de unidade de terapia intensiva e dá outras providências.
- BRASIL, Resolução - RDC Nº 42, de 25 de outubro de 2010, que dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país, e das outras providências.
- BRASIL. AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA – ANVISA. Ministério da Saúde. Higienização das Mãos em Serviços de Saúde. Brasília, 2007.
- BRASIL. Decreto 94.406, de 08 de Junho de 1987. Regulamenta a Lei nº7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Lei n. 302, de 16 de março de 2005. Dispõe sobre as normas para anotação das responsabilidades técnicas do Enfermeiro (a), em virtude do serviço de enfermagem nos estabelecimentos das instituições e empresas públicas, privadas e filantrópicas. Rio de Janeiro, 2005.
- COUTO, Renato Camargos. Guia Prático de Controle de Infecção Hospitalar. 2ª edição. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2004.
- DUCCI, Adriana Janzante; PADILHA, Katia Grillo; TELLES Sandra Cristina Ribeiro; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Gravidade de Pacientes e Demanda de Trabalho de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Análise Evolutiva Segundo o TISS-28 v. 16, n. 1, Janeiro/Março 2004.
- Erdman Rt, Lentz RA. Conhecimento e prática de cuidados mais livres de riscos de infecções hospitalares e o processo de aprendizagem continua no trabalho em saúde. *Revista texto & contexto Enfermagem*. 2004; 13: 34 – 49.
- GARNER, J.S.; FAVERO, M.S. Guideline for handwashing and hospital environment control , 1985 . Atlanta, Centers for Disease Control, 1985.
- KNOBEL, Elias. *Condutas do Paciente Grave*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- LÓPEZ, M. A.; LA CRUZ, M. J. R. *Guias Práticos de Enfermagem: Hospitalização*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2002.
- MARTINS, Maria Aparecida. *Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controle*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.
- Menezes FH. Acesso venoso e arterial. In: Terzi RGG & Araújo S. eds. *Monitorização hemodinâmica e suporte cardiocirculatório do paciente crítico*. São Paulo: Atheneu, 1996; 53-81.

MOURA, Maria Eliete Batista; CAMPELO, Sônia Maria de Araújo; BRITO, Francisca Cortez Prado de; BATISTA, Odinéa Maria Amorim; ARAÚJO, Telma Maria Evangelista de; OLIVEIRA, Adélia Dalva da Silva. Infecção hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. Revista Brasileira de Enfermagem. 2007, vol.60, n.4.

OLIVEIRA, CARDOSO, MASCARENHJAS. Precauções de contato em unidade de terapia intensiva: facilitadores e dificultadores para adesão dos profissionais. Rev. Esc enferm USP. BH, 2010; 44 (1):161-5

OLIVEIRA, Adriana Cristina de. Infecções Hospitalares, 1ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005.

PEREIRA, Milca Severino; SOUZA, Adenícia Custódia Silva e; TIPPLE, Anaclara Ferreira Veiga; PRADO, Marinésia Aparecida do. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. Texto Contexto Enfermagem. Santa Catarina, vol 14, n 2, abr/jun 2005.

PIMENTEL, M N. Atuação do enfermeiro no controle da infecção hospitalar. Publicado em: 05/05/2009. Disponível em: www.webartigos.com. Acessado em 05/04/2011 as 19:00 horas.

PINHEIRO, Silma. Formação de biofilmes: um breve ensaio. Intravenous Publicação Especializada em Terapia Intravenosa, ano VI, nº 16, janeiro – maio de 2006.

SANTOS, Adélia Aparecida M. dos. Higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde. RAS _ Vol. 4, Nº 15 – Abr-Jun, 2002.

TRANQUITELLI, Ana Maria; PADILHA, Katia Grillo. Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em Unidades de Terapia Intensiva Rev Esc Enferm USP, 2007; 41(1): 141-6.

TURRINI, RNT. Percepção das Enfermeiras sobre fatores de risco para a infecção hospitalar. Rev.Esc.Enf. USP, v. 34, n. 2, p. 174-84, jun. 2000.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acadêmicos 45, 47, 48, 49, 53, 55, 56, 58, 100, 106

Acupuntura 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11

Assistência 2, 4, 6, 9, 12, 13, 15, 21, 24, 33, 34, 35, 36, 37, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 49, 50, 52, 53, 54, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 72, 73, 74, 76, 77, 79, 80, 84, 91, 92, 95, 96, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 111, 113, 114, 115, 131, 132, 134, 140, 143, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 154, 155, 156, 161, 162, 169, 173, 177, 178, 179, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 190, 191, 193, 194

Atenção 1, 3, 4, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 28, 32, 57, 59, 60, 64, 76, 77, 93, 101, 103, 104, 109, 115, 146, 147, 148, 149, 150, 155, 186

Atendimento 7, 21, 31, 40, 43, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 100, 108, 109, 111, 112, 114, 115, 116, 119, 149, 150, 162, 170, 184, 186, 188, 193, 194

Atividades 8, 22, 27, 32, 45, 47, 50, 53, 57, 94, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 107, 111, 114, 115, 116, 117, 118, 150, 165, 173, 179, 180, 181

Auditor 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119

Auditoria 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119

AVE 34, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 165

C

Classificação 14, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 72, 73, 76, 83, 87, 88, 90, 92, 145, 190

Cuidados De Enfermagem 39, 40, 61, 78, 95, 100, 112, 116, 147, 169

D

Diagnósticos 10, 14, 21, 32, 95, 101, 105, 112, 117, 149, 151, 154, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 169

Doença Crônica 2, 6, 10

Doenças Cardiovasculares 4, 77, 147, 155, 158

E

Emergências 41, 65, 67, 69, 74, 76, 77, 78

Estomaterapia 24, 92

Exames 72, 73, 112, 117, 134, 150, 159, 166, 169, 184, 186, 187, 188, 189, 192, 193

F

Fasciíte Necrosante 79, 80

Fatores De Risco 10, 11, 35, 42, 46, 47, 84, 89, 91, 102, 131, 133, 145, 146, 147, 148, 149, 154,

155, 158, 159, 160, 161, 162, 163

H

Hospitalização 12, 13, 14, 15, 17, 19, 23, 41, 42, 81, 82, 84, 87, 89, 90, 144, 162

I

Imagem 24, 25, 26, 28, 29, 69, 134, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 193

Inclusão 3, 4, 15, 16, 26, 58, 59, 60, 98, 123, 175, 184, 187, 188

Indicadores 13, 14, 15, 16, 21, 35, 92, 113, 179, 188

Infecção Hospitalar 131, 132, 133, 134, 136, 137, 144, 145

Internações 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 41

L

Lesão 31, 46, 48, 49, 72, 75, 81, 82, 88, 100, 122, 147, 150, 152, 153, 156, 157, 160, 161

Lesões 8, 46, 50, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 79, 81, 83, 84, 89, 90, 91, 92, 95, 103, 105, 152, 190

Libras 58, 59, 60, 61, 62, 63

M

Modelos 67, 95, 96, 100, 103, 104, 149, 179

N

Necrose 79, 80

P

Paciente 8, 13, 15, 25, 26, 30, 31, 32, 34, 35, 40, 41, 42, 43, 45, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 80, 82, 83, 84, 89, 90, 91, 92, 93, 99, 100, 103, 104, 109, 111, 112, 115, 116, 117, 129, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 142, 143, 144, 146, 147, 148, 150, 151, 152, 153, 154, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 167, 169, 171, 178, 180, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194

Pesquisa Qualitativa 121, 123

Pressão 40, 45, 46, 49, 50, 51, 55, 81, 82, 83, 88, 92, 93, 141, 146, 148, 150, 151, 154, 168

Prevalência 6, 8, 11, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 89, 90, 91, 92, 102, 133, 134, 137, 145, 160

Processo 6, 11, 12, 16, 20, 23, 28, 29, 30, 31, 35, 50, 53, 56, 60, 61, 62, 63, 67, 73, 74, 77, 82, 91, 94, 95, 96, 98, 101, 104, 108, 109, 110, 111, 114, 116, 118, 123, 125, 127, 128, 144, 150, 153, 161, 173, 174, 176, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 191, 192, 193

Protocolos 40, 41, 54, 65, 66, 68, 69, 70, 72, 74, 76, 77, 78, 91, 113, 143, 149, 184, 185, 186, 187, 189, 191, 192, 193

R

Reações Adversas 184, 187, 188, 191, 192

Relato 44, 45, 47, 50, 52, 53, 54, 55, 80, 118, 129, 136, 137, 139, 141, 146, 151, 188, 189

Risco 6, 10, 11, 14, 35, 40, 41, 42, 45, 46, 47, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 63, 72, 77, 81, 82, 84, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 102, 103, 122, 131, 132, 133, 138, 139, 140, 141, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 184, 185, 189, 190

S

Saúde 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 72, 73, 74, 75, 77, 79, 82, 83, 84, 85, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 109, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 132, 133, 134, 136, 138, 141, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 154, 155, 157, 159, 161, 162, 169, 173, 174, 175, 176, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 187, 188, 190, 192, 193, 194, 195

Segurança 40, 65, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 77, 82, 83, 84, 92, 93, 116, 138, 170, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194

Sepse 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 80, 84

Sexualidade 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 96

T

Tecnologias 3, 46, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183

Terapias Complementares 2, 11

Transplante Renal 120, 121, 122, 123, 124, 126, 128, 130

U

Unidade De Terapia Intensiva 33, 36, 42, 43, 81, 82, 92, 100, 131, 134, 144, 145, 176, 178, 183

 **Atena**
Editora

2 0 2 0